

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**CURSO DE DIREITO**

**LUIZA DAMASIO DE CARVALHO**

**O RECONHECIMENTO LEGAL CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL: ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES ESTADUAIS E PROJETO DE LEI  
FEDERAL Nº 7.633/2014.**

**CRICIÚMA  
2017**

**LUIA DAMASIO DE CARVALHO**

**O RECONHECIMENTO LEGAL CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL: ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES ESTADUAIS E PROJETO DE LEI  
FEDERAL Nº 7.633/2014.**

Monografia de Conclusão de Curso,  
apresentada para obtenção do Grau de  
Bacharel, no curso de Direito da Universidade  
do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof. Mônica Abdel Al.

**CRICIÚMA**

**2017**

**O RECONHECIMENTO LEGAL CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO  
BRASIL: ANÁLISE DAS LEGISLAÇÕES ESTADUAIS E PROJETO DE LEI  
FEDERAL Nº 7.633/2014.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela  
Banca Examinadora Para obtenção do Grau de  
Bacharel no Curso de Direito Universidade do  
Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha  
de Pesquisa em Direito Civil.

Criciúma, 05 de dezembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Monica Abdel Al - Orientadora  
Universidade Do Extremo Sul Catarinense - UNESC

---

Prof. Marja Mariane Feuser - Examinadora  
Universidade Do Extremo Sul Catarinense - UNESC

---

Prof. Renise Terezinha Melillo Zaniboni - Examinadora  
Universidade Do Extremo Sul Catarinense - UNESC

**Dedico a presente monografia a meus pais e meus amigos, que me apoiaram, incentivaram e contribuíram para a realização deste trabalho.**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus que me deu forças para a realização deste trabalho, proporcionando saúde e energia para concluir a presente monografia.

Agradeço a minha mãe, Suzana e meu pai Rogério, que sempre apoiaram meus estudos, me acalmaram e estiveram sempre ao meu lado na realização deste trabalho e em todos os momentos da minha vida. Ensinarão a dar valor aos estudos, e a importância de ter uma profissão.

À meus amigos, que mesmo nos momentos de ausência, estiveram ao meu lado, não me abandonaram, estando sempre prestativos oferecendo ajuda neste momento delicado.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha orientadora que aceitou me orientar e apoiou minha ideia, que guiou e acompanhou a realização da presente monografia.

Agradeço também a todos os professores que enriqueceram meu aprendizado ao decorrer destes cinco anos de faculdade.

**“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano.”**

**João Paulo II**

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar o reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, sua caracterização, frente aos direitos das mulheres sobre o próprio corpo. Inicialmente, será apresentado o histórico dos direitos fundamentais, até chegar nos direitos relativos à mulher, começando pelos reprodutivos e sexuais, até os direitos da parturiente, ao pré-parto, parto e pós-parto. Passado isto, é adentrado ao estudo da violência obstétrica, com seu conceito, trazendo os tipos e a caracterização da violação do direito da mulher sobre o seu próprio corpo no momento do parto. Além disso, é indicado as maneiras de responsabilização e proteção às mulheres que sofreram violência. Por fim, são analisadas as legislações de outros países da América Latina que possuem leis específicas sobre a violência obstétrica, e a comparação com a legislação brasileira, que atualmente só conta com legislações estaduais e projetos de leis que estão tramitando na Câmara, à espera de uma aprovação. A metodologia utilizada para a realização desse trabalho foi o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, de artigos, doutrina e revistas científicas, e a própria legislação.

**Palavras-chave:** Direitos fundamentais. Direitos da mulher. Direitos reprodutivos e sexuais. Violência obstétrica. Projeto de lei 7.633/2014.

## **ABSTRACT**

The present study aims to analyze the recognition of obstetric violence in the Brazilian legal system, its characterization, as opposed to women`s rights over their own body. Initially, the development of fundamental rights is briefly presented, reaching the rights related to women, starting with reproductive and sexual rights, leading to the rights of the parturient, to pre-delivery, childbirth and postpartum. After this, it is introduced to the study of obstetric violence, with its concept, bringing the types and characterization of the violation of women's right over their own body at the time of childbirth. In addition, ways of empowering and protecting women suffering from violence are indicated. Finally, the legislation of other Latin American countries that have specific laws on obstetric violence, and the comparison with Brazilian legislation, which currently has only state legislations and draft laws that are being processed in the Chamber, are waiting an approval. The methodology used to carry out this work was the deductive, through bibliographical research, articles, doctrine and scientific journals, and the legislation itself.

**Keywords:** Fundamental rights. Women rights. Reproductive and sexual rights. Obstetric violence. Draft law 7.633/ 2014.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 DIREITOS REPRODUTIVOS COM ÊNFASE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO. ....</b>	<b>12</b>
2.1 Surgimento dos Direitos Reprodutivos.....	12
2.2 Humanização do Parto .....	16
2.3 Assistência no pré-parto.....	19
2.4 Qualidade e segurança no parto e pós-parto.....	21
2.4.1 Tipos de parto .....	21
2.4.2 O parto .....	22
2.4.3 Pós-parto .....	24
<b>3 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>26</b>
3.1 O histórico da violência obstétrica.....	26
3.2 O que é considerado violência obstétrica .....	29
3.2.1 A Cesárea .....	30
3.2.2 A episiotomia .....	32
3.3 Efeitos da violência obstétrica: física, psicológica e sexual .....	33
3.3.1 Caráter físico.....	33
3.3.2 Caráter psicológico .....	34
3.3.3 Caráter sexual.....	35
3.4 Responsabilidade civil pelo dano à parturiente.....	35
<b>4 A LEGISLAÇÃO VIGENTE E O AMPARO LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL. ....</b>	<b>39</b>
4.1 Amparo legal da violência obstétrica em países da América do Sul .....	39
4.1.1 Argentina .....	39
4.1.2 Venezuela .....	43
4.2 Legislação atual no Brasil sobre a violência obstétrica .....	44
4.3 Descumprimento da legislação atual e medidas a serem tomadas.....	45
4.4 A necessidade de uma lei em âmbito federal.....	47
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher no contexto histórico sempre foi considerada o sexo frágil, em uma sociedade machista que ainda se encontra em desenvolvimento, ainda sofre vários tipos de violência. A violência contra a mulher pode ser considerada qualquer ação que viole seus direitos, sua liberdade sobre o próprio corpo, que cause danos, podendo eles ser psicológicos, sexuais ou físicos, que podem ser momentâneos ou causarem traumas para o resto da vida.

A violência contra a mulher ocorre em todos os lugares do mundo, seja ela, doméstica, a qual ocorre dentro de sua casa e o agressor é o seu próprio marido, companheiro ou filhos; no trabalho, onde pode passar por situações vexatórias, sendo abordada pelo seu chefe que se vê em uma posição de hierarquia, possuindo controle sobre ela; e também a violência obstétrica, que é o tema do presente trabalho, quando a mulher tem o seu direito e integridade física violada no momento do parto, por um profissional da saúde que tinha o dever de zelar pelo seu bem e do bebê em um momento tão delicado.

O presente trabalho tem o objetivo de analisar como a violência obstétrica é tratada no ordenamento jurídico brasileiro. Esse tipo de violência sempre ocorreu, principalmente com a medicalização do parto, mas o seu reconhecimento nunca tomou tantas proporções e repercussão como agora, através da mídia principalmente. É importante reconhecer, que a violência obstétrica é uma prática que ocorre todos os dias em hospitais brasileiros, e pode causar sérios problemas à gestante e ao nascituro, por isso a importância do fornecimento de informações às mulheres sobre como se comportar e quais medidas tomar ao sofrer esse tipo de violência.

Atualmente no Brasil, diferentemente de países como a Argentina e Venezuela, não há uma legislação em âmbito federal que trate especificamente sobre a violência obstétrica, havendo apenas projetos de lei em trâmite na Câmara dos Deputados esperando sua aprovação. Com a aprovação de um projeto que versa sobre esse tema, se espera que o problema seja erradicado, ou pelo menos controlado, para que diminua a ocorrência nos hospitais, sejam eles públicos ou privados, e que haja a punição dos agressores.

O presente tema foi escolhido visto a sua repercussão e relevância nos dias atuais. É necessário que seja veiculada a devida informação às mulheres para que seus direitos sejam preservados, e se violados, sejam utilizados os meios necessários para reparação. A metodologia utilizada para a realização desse trabalho foi o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica, de artigos, doutrina e revistas científicas, e a própria legislação.

Assim, no primeiro capítulo é realizado uma introdução aos direitos fundamentais, tratando sobre os direitos reprodutivos, com ênfase no pré-parto, parto e pós-parto. No segundo é conceituado o que é considerado violência obstétrica, suas modalidades, de caráter físico, sexual e psicológico, e de que forma ela pode ser praticada, bem como, os meios de reparação. Por fim, no terceiro capítulo, são analisadas as legislações de países da América Latina, no caso Argentina e Venezuela, que possuem legislação específica sobre a violência obstétrica, e analisados os projetos de lei no Brasil que estão em trâmite na Câmara dos Deputados, bem como as legislações estaduais sobre a matéria.

## **2 DIREITOS REPRODUTIVOS COM ÊNFASE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO.**

Ao estudar sobre a violência obstétrica é importante observar como funciona no Brasil o amparo às gestantes, desde a observação dos direitos das mulheres sobre seu corpo, da iniciativa de planejar uma família, e das fases que compõem o período de gestação, o pré-parto, parto e pós-parto. Para tanto, objetivo do capítulo é mostrar a transformação dos direitos humanos, como o surgimento dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, assim como, os direitos da gestante nas fases da gravidez.

As mulheres sempre foram consideradas como um sexo frágil, que não tinham muita opção de escolha e liberdade sobre seu corpo, mas ao passar dos anos surgiu a necessidade de que as mesmas se impusessem contra esse pensamento e conquistassem seu lugar tendo suas escolhas priorizadas.

### **2.1 Surgimento dos Direitos Reprodutivos**

Com base nos direitos naturais e individuais referentes à liberdade e dignidade humana, iniciou-se o processo de surgimento dos direitos humanos, que se tornam necessários com as transformações, desenvolvimento da sociedade e mudanças sociais. Sendo assim, surgem os direitos que se ampliam na sociedade e doutrinadores consagram uma evolução de “gerações” de direitos, com o objetivo de precisar seu conteúdo, dando titularidade, efetivação e sistematização. Posteriormente, a denominação “geração” passou a ser chamada de “dimensão”, formando então as 3 dimensões dos direitos humanos (WOLKMER, 2002, p. 11-12).

Paulo Bonavides (2006, p. 525) afirma que “o vocábulo ‘dimensão’ substitui, com vantagem lógica e qualitativa, o termo ‘geração’, caso este último tenha a induzir apenas sucessão cronológica e, portanto, suposta caducidade dos direitos das gerações antecedentes, o que não é verdade”.

Os direitos de primeira dimensão surgiram pelos séculos XVIII e XIX e são considerados os direitos civis e políticos, relativos a individualidade, liberdade,

igualdade, que vão contra qualquer tipo de opressão e visam a segurança de cada indivíduo (WOLKMER, 2002, p. 13).

Os direitos fundamentais de primeira dimensão representam exatamente os direitos civis e políticos, que correspondem à fase inicial do constitucionalismo ocidental, mas que continuam a integrar os catálogos das Constituições atuais (apesar de contar com alguma variação de conteúdo), o que demonstra a cumulatividade das dimensões (BONAVIDES, 2006, p. 517).

Nesta dimensão, procura-se o afastamento da interferência estatal, dando liberdade aos governados, colocando um limite na atuação do estado entre a sociedade civil e o Estado (SARMENTO, 2006, p. 12-13).

Já os direitos de segunda dimensão, surgiram a partir do século XIX, com a Revolução Industrial como marco inicial, com um objetivo diferente a primeira geração, impondo ao Estado deveres e tarefas para garantir melhor qualidade de vida e desenvolvimento humano, para que o indivíduo possa exercer sua plena liberdade (MARMELSTEIN, 2008, p. 50).

Direitos de crédito do indivíduo em relação à coletividade. Tais direitos – como o direito ao trabalho, à saúde, à educação – têm como sujeito passivo o Estado, porque (...) foi a coletividade que assumiu a responsabilidade de atendê-los. O titular desse direito, no entanto, continua sendo, como nos direitos de primeira geração, o homem na sua individualidade (LAFER, 1998, p. 127).

Na terceira dimensão, tem como destino, a proteção dos direitos dos grupos, povos e nações, tratando em um coletivo, não em um individual, que são chamados de direitos transindividuais ou coletivos (LAFER, 1998, p. 131).

Dentre os direitos fundamentais da terceira dimensão mais citados, cumprem os direitos à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, bem como o direito à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito de comunicação (SARLET, 2015, p. 314).

A existência de uma quarta e quinta dimensão é cogitada por alguns autores, sendo a quarta considerada decorrente dos avanços na tecnologia, na biotecnologia, biogenética, entre outros. Já a quinta dimensão seria decorrente da “Era digital” com os avanços na informática e com a ascensão da internet na vida

cotidiana. Essas teorias estão presentes nos entendimentos de alguns autores mas ainda esperam a consolidação e reconhecimento no cenário internacional para serem aplicadas (WOLKMER, 2002, p. 21-23).

Os Direitos Fundamentais tem o objetivo de trazer igualdade e liberdade aos indivíduos, e segundo os ensinamentos de Norberto Bobbio, “Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas e defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.” (BOBBIO, 1992, p. 5).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi o marco inicial para o processo de constitucionalização do Estado Brasileiro com o compromisso de trazer a democracia, formando o Estado Democrático de Direito.

Destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos [...] (BRASIL, 1988).

Tratando dos Direitos e garantias relativos à pessoa humana, a Constituição Federal trouxe em seu Título II, os Direitos e Garantias Fundamentais, dentre eles, os direitos individuais e coletivos, que são os ligados à pessoa humana, com a sua integridade, todos previstos no Artigo 5º da Carta Magna.

Entre os Princípios, está a garantia à Dignidade da Pessoa Humana, o qual consiste na base para a realização deste trabalho, visto que ao tratar sobre a violência obstétrica, há uma violação dos direitos da gestante, que possui uma garantia à sua dignidade.

O direito à vida, à intimidade, à honra, à imagem, dentre outros, aparece como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Esse fundamento afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual (MORAES, 2011, p. 48).

Assim trata o Ministério da Saúde a respeito da saúde da mulher que passou por um avanço ao decorrer dos anos.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004a, p. 15).

Com a atuação da mulher na sociedade e a reafirmação de liberdade, houve a necessidade de uma construção de direitos sexuais e reprodutivos, que visam assegurar que a mulher tenha direitos e liberdade sobre seu corpo para exercício da sexualidade e reprodução.

A mulher era vista com um intuito apenas, de reproduzir. Seu corpo tinha a função reprodutiva e de parir, e sua saúde era limitada para que pudesse manter o filho e continuar a reprodução, excluindo seus direitos sexuais (COELHO, 2003, p. 33).

Os direitos sexuais e reprodutivos, tomaram forma com os movimentos de mulheres, que visavam a liberdade sexual e reprodutiva livre de preconceitos. Isso se deu contra as políticas de controle de natalidade, que são consideradas políticas autoritárias, que não asseguram o direito do homem e da mulher de terem liberdade sexual e reprodutiva, e ainda recaem sobre populações mais pobres e sem acesso a informação essa violação a seus direitos (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009, p.13).

A autora Mirian Ventura trata em sua obra sobre os direitos reprodutivos, na qual traz o conceito:

O conceito de direitos reprodutivos e, mais recentemente, o de direito sexuais busca a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade (VENTURA, 2004, p. 20).

Além disso, os direitos reprodutivos têm o objetivo de garantir direitos que dependem unicamente da vontade da gestante, sem que sofra qualquer tipo de discriminação a respeito de sua escolha. Bem como, garantir à mulher informações necessárias e controle sobre seu corpo e vontades (VENTURA, 2004, p. 20).

## 2.2 Humanização do Parto

Para começar a falar sobre a humanização do parto, é necessário trazer o conceito. Segundo Fernandes, Luft e Guimarães (1997), humanização é o “ato ou efeito de humanizar, tornar humano; dar feição ou condição humana; tornar bondoso, agradável. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. ”

A humanização do parto segundo a Organização Mundial de Saúde, 2000, “é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê”.

Por meio dessa perspectiva de tratamento do parto, é levado em conta se há a necessidade de tantas intervenções que ocorrem no momento do parto. Os procedimentos técnicos, as intervenções cirúrgicas surgiram para auxiliar a parturiente e trazer segurança, porém atualmente é questionável se esses métodos estão ajudando ou tornando o parto menos humano e afetivo (DINIZ, 2005, p. 22).

O parto normal tem ocorrido de maneira oposta à sua normalidade e naturalidade, ou seja, muitos procedimentos desnecessários estão sendo utilizado e de forma rotineira, como: a episiotomia, a administração de medicações para alívio da dor, a tricotomia, a lavagem intestinal, a suspensão da alimentação, a proibição da presença de um acompanhante, dentre outros. Entretanto esses procedimentos só causam sofrimento, dor e aumento do risco de complicações à mãe e ao bebê, sendo também um dos motivos que levam muitas mulheres a terem medo do parto normal (CERQUEIRA; ESPIRITO SANTO, 2009, p. 135).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) trata a humanização do parto como uma maneira de diminuir a mortalidade materna e perinatal, proporcionando mais atenção à mulher durante a gestação, estipulando uma orientação de ações e atendimento (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004, p. 277).

Deste modo, o programa orienta uma estrutura com os componentes necessários para garantir a humanização do parto:



O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes: a criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e terá dois componentes: a alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo; (BRASIL, 2000, p. 18).

A humanização do parto trata da possibilidade da gestante optar pelo parto natural, sem influência de medicamentos e procedimentos cirúrgicos, evitando possíveis complicações, como hematomas, dores pélvicas e infecções, que apenas o parto natural pode proporcionar (DINIZ, 2005, p. 629).

Porém, atualmente, é constatado que por questões de tempo, financeiras e por conveniência do médico, o parto cirúrgico muitas vezes é oferecido com a falsa realidade de proteger a vida da mãe e da criança, sendo que na verdade é um risco para um ou ambos, quando não necessário (FAÚNDES; CECCATTI, 1991, p. 161).

Segundo o Ministério da Saúde, A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001, p. 18).

Mas na realidade, todos os direitos e idealizações de um parto muitas vezes não são cumpridos. Não há um suporte social e emocional, muitas vezes as mulheres são internadas em lugares que nunca visitaram, sem a companhia de um familiar ou pessoa de confiança, com profissionais que nunca conheceu, e isso traz muito

desconforto para uma gestante. Assim como, a impossibilidade de escolha da mulher sobre o próprio corpo (DOMINGUES, 2002, p. 65).

Por isso, é necessário que haja apoio e paciência dos enfermeiros e da equipe. A gestante deve ser o centro das atenções, deve se sentir confortável e acolhida por todos.

Antigamente, o parto era natural e era feito em casa pelas parteiras. Depois os obstetras começaram a levar tudo para o hospital, um evento mais ligado à doença. Agora, algumas pessoas, principalmente as enfermeiras obstetras, começaram a resgatar o conceito de que o parto deva ser o mais natural possível; ainda que feito no hospital, pois gravidez não é doença. Deve-se deixar que a mulher entenda e vivencie o próprio parto, como um evento dela, diminuindo as técnicas invasivas. Tem gente que acha que humanizar o parto é só trazer o acompanhante pra sala, mas humanizar é todo um trabalho feito com a gestante, que começa no pré-natal e adentra o trabalho de parto e o parto (CASTRO; CLAPIS, 2005, p.963).

A Política Nacional de Humanização foi criada em 2003 para que os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da superlotação e da correria nos hospitais públicos, não sejam afetados pela “desumanização”, para que todas pessoas tenham atendimento adequado e com a devida atenção em um momento tão delicado de suas vidas.

Por meio de cadernos acessíveis à população, foi criado o “Caderno HumanizaSUS”, e no quarto volume trata da humanização dos tratamentos nos hospitais, incluindo no momento do parto.

A escolha do tema da humanização do parto e do nascimento para o quarto volume dos Cadernos HumanizaSUS tem a finalidade de seguir publicizando experiências de apoio em humanização Brasil a fora, na medida em que as elas são consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo” (BRASIL, 2014b, p. 6).

Segundo essa publicação, deve haver a proteção e promoção do nascimento como um processo natural, sendo que os procedimentos tecnológicos só devem ser utilizados quando constatado alguma complicação. Defendem ainda, que o parto humanizado proporciona melhores resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2014b, p.30).

### 2.3 Assistência no pré-parto

Com base no programa de humanização do parto, que consiste na realização de uma maternidade segura, com o objetivo de reduzir a mortalidade, tem a primeira etapa da gravidez que deve ser realizada com muita cautela: a assistência no pré-parto.

Nesta fase deverá ser proporcionado à gestante toda a assistência necessária, para que a mesma possa tirar suas dúvidas, com o apoio de todos os profissionais envolvidos, garantindo seus direitos e da criança, visto que uma gestação saudável deve ser monitorada desde o início, estendendo até o momento pós-parto (SPALLICCI; COSTA; MELLEIRO, 2002. p. 16).

O pré natal é importante para o bom desenvolvimento da gravidez pois compreende um conjunto de atividades com ações preventivas, com procedimentos educativos, com realização de exames, com o fim de prestar assistência à gestante, preservando a saúde e assegurar a profilaxia e detecção de problemas na gestação (GRANGEIRO *et al*, 2008, p. 101).

Dentre os objetivos do pré-natal, está a possibilidade de identificar fatores de risco na gestante, para que possa prevenir agravos, indicar uma alimentação saudável para o bem do bebê e preparar para o momento do parto (MARTINS-COSTA, 2017, p. 343).

O direito ao pré-natal é assegurado e proporcionado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde, introduzido pela portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, e em seu Artigo 2º trata:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria (BRASIL, 2000).

Sendo assim, como o devido atendimento e assistência durante o pré-parto, a gestante se sente mais segura e protegida, visto que o próprio processo que o corpo da mulher passa, já tem grande influência no seu emocional e psicológico.

As oscilações de humor, sensação de vulnerabilidade, são comuns no momento da gravidez e relacionadas à alteração de metabolismo. Há o aumento da sensibilidade e irritabilidade devidas às oscilações de humor, fazendo a gestante passar por altos e baixos, da euforia à depressão (CAPLAN, 1961, p. 165).

Na referida portaria é estabelecido que dentre as seis consultas, a primeira deve ser realizada até o 4º mês de gestação, sendo que nessas consultas são realizados exames, vacinas, atividades educativas, se há risco gestacional, com a classificação e a referência do risco (BRASIL, 2000, p. 6).

Além disso, é muito importante que a gestante seja acompanhada neste momento por uma pessoa que considera de confiança, que tenha algum laço afetivo.

O reconhecimento de que a mulher durante o parto necessita de apoio emocional e de que nem sempre os profissionais de saúde são capazes ou estão disponíveis a oferecer este serviço, fez com que gradativamente os serviços de saúde admitissem os acompanhantes e os estimulassem a assumir posturas ativas durante este período. No Brasil, há iniciativas nesse sentido, inclusive a Lei estadual paulista no 10.241, de 17/03/99, que incluiu entre os direitos da mulher na hora do parto o direito à presença do pai ou acompanhante (VENTURA, 2004, p. 96).

Com estímulo à realização do pré-natal e à humanização do parto, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que tem a pretensão de humanizar o tratamento e atendimento à gestante.

O programa propõe que o pré-natal seja realizado, com o auxílio de profissionais que devem atender a todas as dúvidas da gestante, com aplicação de seus conhecimentos técnicos e de recursos necessários para o bom andamento da gestação. Além disso, deve abranger toda população, com a continuidade do atendimento, acompanhamento e avaliação (GONÇALVES et. al., 2008, p. 350).

Apesar de ser uma prioridade entre as ações praticadas pelos serviços de saúde, marcadamente a partir de 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), persiste a dificuldade de acesso a essa assistência em algumas regiões. A baixa qualidade da atenção

prestada à mulher, no ciclo gravídico puerperal, resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas (GRANGEIRO, 2008, p. 106).

Uma gestação não monitorada pode constar com problemas ao feto, mas muitas vezes o problema pode ser revertido por meio de tratamentos, e isso só pode ser verificado se realizado o pré-natal corretamente. Por isso, o pré-natal tem o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil e é de extrema importância na gestação, não devendo ser uma etapa ignorada (GONÇALVES et. al., 2008, p. 350).

## **2.4 Qualidade e segurança no parto e pós-parto**

### **2.4.1 Tipos de parto**

Após o período de gestação, em que o bebê cresce, se desenvolve no útero e da mãe, chega a hora tão esperada: O parto, que é o momento mais aguardado pela gestante durante a gravidez, visto que é um processo que causa incerteza e apreensão. Pode ser um processo natural, ou por conta de complicações, pode ser mais complexo, caso em que pode ser necessário a intervenção cirúrgica.

A cesariana é uma prática cirúrgica, com utilização de anestesia, em que é realizado pelo médico um corte na parede abdominal que vai até o útero, e então o bebê é retirado do útero da mãe (MARTINS-COSTA, 2017, p. 397).

Há uma diferença entre o parto normal e o parto natural. No parto normal, a gestante passa por procedimentos de rotina que podem ser considerados excessivos para um parto que tem a denominação de “normal”, por exemplo, tricotomia (raspagem dos pelos), punção venosa e administração de hormônios que provoca as contrações do parto (ocitocina), lavagem intestinal, repouso no leito, jejum, parto em posições desconfortáveis à gestante, excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller, que é aplicação de pressão sobre o útero e também a proibição da presença de um acompanhante, dentre outros (COREN, 2009, p. 22).

Já o parto natural, é considerado o parto humanizado, sem a utilização de remédios, e práticas não naturais do corpo. Não há utilização de intervenções, é realizado tudo ao tempo da gestante, sem estímulos e pressão psicológica (COREN, 2009, p. 22).

Sendo assim, não importa a escolha da mulher, tanto pelo parto natural, normal ou cesárea, ela deve ser respeitada acima de tudo, visto que qualquer ato que vá contra a vontade da gestante, é considerado uma violação a seus direitos.

#### **2.4.2 O parto**

A proteção à maternidade e à infância está regulamentada pela Constituição Federal em seu Artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

À gestante, é garantido o acompanhamento de uma pessoa de confiança, a qual auxilia no parto, regulamentado na Lei 11.108/2005, chamada de Lei do Acompanhante, que permite ainda, que o acompanhante seja indicado pela própria gestante:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005)

Estudos comprovaram que a presença de uma pessoa de confiança auxiliando a gestante, pode diminuir os níveis de estresse, proporcionando um parto mais tranquilo e satisfatório (DINIZ; DUARTE, 2004, p.57).

Além da permissão de um acompanhante conhecido da gestante, a lei também permite o acompanhamento de uma pessoa especializada, chamada “doula”, que tem conhecimentos técnicos de como auxiliar uma gestante em trabalho de parto.

A doula é uma prestadora de serviços que recebeu treinamento básico sobre parto, estando familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Tem como atividades, fornecer apoio emocional por meio de elogios, reafirmações, contato físico, como friccionar o dorso da parturiente, segurar suas mãos, como atendê-la em suas necessidades básicas; enfim, dar-lhe explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto; sendo assim, uma presença amiga constante. E um elemento importante no elo entre a parturiente-família-equipe de assistência (BRASIL, 2005).

A imputação do médico para a realização da cesárea sem a necessidade da mesma, caracteriza uma violação ao direito da gestante. Em diversos casos, os médicos não apresentam à gestante os riscos de uma cesárea, visto que para eles, é um procedimento mais simples e rápido do que o parto vaginal (DIAS, 2008, p. 1522).

Por meio da análise dos depoimentos dos trabalhadores, constatou-se a passividade da mulher no momento do parto. A maioria dos trabalhadores realiza os procedimentos sem questionar a parturiente a respeito. Segundo os trabalhadores, a paciente é informada sobre o emprego destes procedimentos, mas não lhe é oferecida a oportunidade de participar da decisão acerca da realização de tais procedimentos. A parturiente não é partícipe nas condutas e ações desenvolvidas durante o tempo que permanece no CO em trabalho de parto (CARVALHO et al., 2012, p.33).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de tratar da banalização da cesárea, fez uma cartilha a qual estimula a realização do parto normal, indicando dados e pesquisas realizadas, e informando os riscos da realização da cesárea.

Segundo a cartilha, o parto deve ser realizado da maneira mais adequada para a saúde do bebê e da mãe, e dados apontam que a cesáreas aumentam os riscos de problemas respiratórios no nascituro e triplica o risco de morte da mãe (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015, p. 2).

Muitas vezes a cesárea é escolhida pelas gestantes por falta de informação e pela falsa ilusão de que será rápida e indolor. Além dos riscos de infecção e de morte, a cesárea impossibilita o contato entre mãe e filho, dificulta a descida do leite e contato pele a pele e a amamentação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

### 2.4.3 Pós-parto

Além da segurança no parto, é importante lembrar da fase pós-parto, que é de extrema importância, visto que é o momento que a mulher tem de se recuperar, obedecer às regras para não prejudicar sua saúde. Essa fase pode ser chamada de resguardo, dieta, quarentena, cujo objetivo é a recuperação da mãe (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde elaborou por meio da portaria nº 1016 de 26 de agosto de 1993 os direitos pós-parto, os quais garantem a orientação à gestante na fase pós-parto, favorecendo a relação maternal e diminuir o risco de infecção hospitalar, tendo a parturiente sempre uma equipe para acompanhá-la neste momento.

Por meio dessa Portaria, o governo pretende incentivar o relacionamento entre mãe e filho, com programas educacionais, com uma equipe profissional em prontidão para atendimento, estabelecendo atenção à saúde da gestante, possibilitando ao neonato a permanência junto a mãe em alojamento conjunto (BRASIL, 1993, p. 1).

Atualmente, trata-se de garantir o cumprimento da lei. Os profissionais de saúde devem estar capacitados a defender as práticas que visem a combater a mortalidade infantil, entre elas, o alojamento conjunto, que sem dúvida favorece o aleitamento materno. Dessa forma, a amamentação deixará de ser responsabilidade exclusiva da mulher, irá ultrapassar o âmbito dos consultórios médicos e grupos de mães para tornar-se compromisso de toda a sociedade (UNGERER, MIRANDA, 1999, p. 10)

O alojamento conjunto após o parto é realizado para que o recém-nascido permaneça ao lado da mãe 24 horas por dia, no mesmo ambiente, com auxílio e acompanhamento de profissionais até o recebimento da alta hospitalar. É importante pelo fato de que a separação entre mãe e filho logo após o nascimento causa insegurança materna, e ao colocar um bebê recém-nascido em um berçário, dificulta o aleitamento materno, o contato e os cuidados da mãe com o bebê (RIO DE JANEIRO, 2015, p.105).

Antigamente as mulheres tinham seus filhos em casa, com uma parteira, na presença dos familiares, e ao passar dos anos isso foi se perdendo com imposição



da realização do parto em hospitais, pois para muitos é considerado o meio mais correto e seguro para o parto (UNGERER; MIRANDA, 1999, p. 10).

Importante destacar que o parto realizado em um hospital não o torna desumanizado, pois o que caracteriza um parto humanizado é a devida assistência no pré-parto, com atenção às vontades da gestante e o esclarecimento de todas as dúvidas, a garantia de todos os direitos no parto, a um acompanhante, a forma de parto escolhida pela mulher, a administração de medicamentos, e por fim, que a mulher tenha toda a assistência devida no pós-parto, com aleitamento conjunto com seu bebê, pelo tempo necessário de recuperação e com uma equipe pronta para qualquer problema que venha a acontecer (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 278).

Diante desta análise, é muito importante que sejam reconhecidos os direitos da mulher como gestante e parturiente, pois é um momento único e que irá ficar sempre na memória dela, como uma experiência boa e que na pior das hipóteses, pode ser traumatizante. No momento da gestação, parto ou pós-parto, deve ser considerado em primeiro lugar as vontades da mulher, e qualquer conduta realizada contraria a essa vontade viola seus direitos.

### **3 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A violência obstétrica é uma prática que está cada vez mais sendo discutida, tomando repercussão na mídia através de relatos e depoimentos de mulheres que tiveram seus direitos violados no momento do parto. Trata-se de uma conduta que é realizada sem a permissão da gestante, que pode causar danos psicológicos e físicos à mulher e ao bebê, que às vezes podem ser irreversíveis.

Para analisar este problema, é importante ter noção do histórico da violência obstétrica, como surgiu, como era no passado e como está sendo no presente. Então poderemos começar a caracterizá-la, estudando o que é considerado violência obstétrica, seus efeitos causados na mulher e como o responsável por essa conduta pode ser responsabilizado por esse dano.

#### **3.1 O histórico da violência obstétrica**

O parto é um momento único na vida de uma mulher, que merece a devida atenção, e com o passar dos anos, sofreu diversas alterações, com os avanços na tecnologia e na medicina, que procuram sempre proporcionar mais segurança e conforto.

O interesse pela assistência no parto até o século XVII era considerado para muitos como “assunto de mulher”, já que quem passava pela gestação e sofria as dores e complicações no parto era a mulher. Além disso, quem ficava ao lado da mulher no momento do parto era uma parteira e a mãe da parturiente, pela falta de conhecimento dos homens, que poderiam não ajudar naquele momento (MALDONADO, 2002, p. 16).

Foi a partir do desenvolvimento da medicina da mulher que o parto realizado em casa se tornou um evento hospitalar, com uma equipe médica realizando-o, e com isso, o tornou um processo que quem brilhava mais eram os médicos e enfermeiros, deixando a mulher como mera participante. Deste modo, o parto passou por um processo de desumanização, e a mulher passou de sujeito para objeto do procedimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

Apesar de ser um tema que recentemente está sendo debatido, a violência contra mulher já existe há muito tempo. Um exemplo de violência obstétrica que ocorreu nos anos 1950 nos Estados Unidos, que serviu para chamar atenção a essa prática, foi quando se relatou por meio de uma revista, vários tipos de violência que gestantes estavam sofrendo no momento do parto:

O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (twilight sleep, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas (DINIZ et al., 2015, p. 2)

No Brasil, esse tema tomou conhecimento pelas redes feministas que começaram a estudar e abordar essas práticas em trabalhos e pesquisas. Em um trabalho realizado pelo Grupo Ceres na década de 80, intitulado como Espelho de Vênus, retratava experiências de partos realizados de maneira violenta:

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez que o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida, a contracepção, o parto, o aborto (CERES, 1981, p. 349).

Em 1983 foi lançado pelo Ministério Público da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) com o propósito de promover a saúde e proteção da mulher, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, combatendo a mortalidade e precariedade da atenção obstétrica (BRASIL, 2004a, p. 15).

A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998, p. 27).

Apesar de este programa seguir com diretrizes e princípios que seriam muito bem aplicados para a proteção da mulher, o mesmo não tomou conhecimento e extensão a toda população, principalmente às mulheres com situação financeira precária. Porém, este assunto é de grande relevância e estudo em universidades, tendo diversas publicações em revistas acadêmicas (DINIZ et al., 2015, p. 2).

Estudos e pesquisas se tornaram de grande importância para divulgar dados de violência obstétrica que grande parte da população desconhece.

Segundo o Ministério da Saúde, 2012, foi registrado que 12,7% das mulheres atendidas em hospitais públicos ou privados registraram queixa de terem sido desrespeitadas, mal atendidas e agredidas verbalmente e fisicamente no momento do parto.

Alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda social (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para suas vidas e a de seus bebês (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010, p. 37 )

Em 2010, foi divulgada uma pesquisa pela Fundação Perseu Abramo com o SESC, com o nome “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, na qual destacou que uma a cada quatro mulheres entrevistadas na pesquisa sofreram agressões verbais ou físicas durante o parto, pré-natal ou pós-parto. Dentre as práticas agressivas se destacam gritos, humilhações, ameaças e xingamentos (VENTURI, et al., 2010, p. 173-174).

A OMS aponta que práticas de violência à gestante ocorrem no mundo todo, sendo muito prejudiciais para a mãe e para o bebê, porém, não há como medir a intensidade desse problema, por isso a necessidade de pesquisas para definir e compreender essas práticas para prevenir e eliminá-las (BRASIL, 2014c, p. 1).

### 3.2 O que é considerado violência obstétrica

O termo “violência obstétrica” é utilizado no Brasil e em outros países da América Latina para definir como violência as práticas ocorridas no pré-parto, parto e pós-parto que ofendam direitos da gestante, com condutas agressivas e ofensivas (DINIZ et al., 2015, p. 3).

Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (DINIZ et al., 2015, p. 3).

Este conceito pode ser definido também pela “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” que foi promulgada na Venezuela em 2007, que traz a definição de violência obstétrica como a ocorrida no pré-natal, parto e puerpério:

Se entende por violência obstétrica a apropiación do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres<sup>1</sup>.

Qualquer prática que vá contra os desejos da mulher, e que sejam desnecessárias no parto, ou seja, que poderiam ser evitadas e substituídas por uma menos desconfortável à mulher são consideradas violência obstétrica. Dentre essas práticas violentas realizadas pela equipe médica e enfermeiros podem ser psicológicas, morais e físicas:

---

<sup>1</sup> Artículo 15. [...] 13.- Violência obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, em un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente em la calidad de vida de las mujeres.

Alguns exemplos de violência obstétrica são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. São comuns também os relatos de humilhações praticados por parte dos profissionais de saúde que dizem frases como “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero (ALVARENGA; KALIL, 2016, p. 644).

Ações como as descritas só causam desconforto e tensão à mulher neste momento que deveriam ser respeitadas as suas vontades e com técnicas para acalmá-la, visto que para muitas pode ser o primeiro parto.

### **3.2.1 A Cesárea**

Uma prática que é muito utilizada por ser mais rápida do que o parto normal e por trazer várias outras vantagens e desvantagens que normalmente são escondidas pelos profissionais da saúde, é o parto realizado por cesárea.

A cesárea é o parto realizado pelo modo cirúrgico, no qual é realizada uma incisão no abdômen da gestante para a retirada do bebê. Apesar de ser uma prática simples e mais prática aos médicos que tem conhecimento em realizar esse tipo de parto, a cesárea causa muito mais desconforto do que praticidade à mulher (COSTA, 2017, p. 397).

Segundo DINIZ, 2004, a cesárea é escolhida por ser considerada “o parto sem dor”, porém isso não é verdade, pois é aplicada anestesia para a gestante não sentir o corte que é feito em sua barriga, mas implica em um pós-operatório doloroso, com tempo de recuperação longo (p. 23).

A escolha pela cesárea muitas vezes se dá pela falta de informação ou até pela omissão por parte dos médicos sobre os riscos desse procedimento. Sendo assim, as gestantes ao falarem com alguém que passou por um parto normal desumanizado, ficam receosas, optando então pela cesárea:

[...] no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa

a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005, p. 631).

Com a realização desse procedimento, os profissionais da saúde acabam sendo afetados pois acabam perdendo a noção do que significa o parto e o nascimento, visando a praticidade, rapidez e lucratividade (PASCHE, 2010, p. 109).

A lei venezuelana sobre o direito das mulheres trata em seu capítulo referente aos atos que constituem delitos, no artigo 51, “5 – Praticar por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que 15% dos nascimentos podem ser operatórios, mas dados divulgados indicam que o Brasil é líder do ranking na América Latina, se aproximando a 56% na rede pública e 88% na rede privada (BRASIL, 2012).

Segundo a OMS:

O Brasil é o país campeão em operações cesarianas no mundo, resultado de uma prática indiscriminada da cirurgia e contra as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Reduzir a taxa de cesáreas no país é essencial para a melhoria dos índices de morbi-mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012).

A morte materna é considerada a morte da gestante até 42 dias após o parto ou durante a gestação, e está associada a complicações na gravidez que poderiam ser evitadas se a gestante tivesse recebido informações corretas e o devido amparo neste momento sensível (BRASIL, 2012).

O problema, é que a cesárea pode causar muitos danos a gestante e ao bebê, porém, esses riscos são mascarados pelos profissionais, para induzir a gestante a escolher esse tipo de parto. Dentre os riscos da cesárea desnecessária está o risco de infecção, hemorragia, problemas de fertilidade, de acretismo placentário, que é a placenta grudar no útero e também placenta prévia e de endometriose, sendo o risco

aumentado para cesáreas de repetição e para o próximo parto, além de ser uma grande causa de mortalidade materna e neonatal (LEAL et al., 2014, p. 28-29).

A cesariana amplia em 120 a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015, p. 2).

Além disso, a prática desenfreada da cesárea acarreta em transtornos em um hospital. Um parto natural exige que a mulher fique em um leito por 24 horas, enquanto que uma cesárea bem-sucedida exige que a mulher fique pelo menos 3 dias internada. Isso em um hospital público causa muito transtorno pela falta de leitos (DINIZ, 2006, p. 82).

### **3.2.2 A episiotomia**

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que “consiste num corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal de parto” (SOUSA, 2015, p. 15).

A recuperação da episiotomia pode ser bastante desconfortável, os pontos inflamam e infeccionar. A cicatriz muscular pode afetar posteriormente o prazer sexual e provocar dor durante a penetração. Em alguns casos, é necessária uma segunda cirurgia para se corrigirem as sequelas de uma episiotomia mal costurada ou mal cicatrizada (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 96).

Dentre os riscos da realização de uma episiotomia está o aumento do risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por isso, a interferência da Organização Mundial da Saúde é necessária, e recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30% e só utilizada como última alternativa (LEAL et al., 2014, p. 23)

Os autores Previatti e Souza afirmam que:



É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher– parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia. (2007, p. 198).

Sendo assim, a realização da episiotomia sem a autorização da gestante e sem a comprovação de necessidade, é uma violação do direito da parturiente sobre o próprio corpo e é importante destacar que para a realização de um procedimento deste tipo, a autorização é essencial, bem como uma explicação sobre como será realizado.

### **3.3 Efeitos da violência obstétrica: física, psicológica e sexual**

#### **3.3.1 Caráter físico**

São práticas que causam dor ou dano físico sobre o corpo da mulher, com utilização de métodos inadequados e exagerados para a realização do parto. Dentre as práticas estão:

Litotomia (posição desfavorável para o nascimento), manobra de Kristeller, toques violentos ou excessivos, realização de uma episiotomia para fins de treino, o uso de ocitocina sintética e a negação da analgesia. Também constituem violência física o recebimento de autorização para intervenções com base em informações parciais ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são reais para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher (MARTINS; BARROS, 2016, p. 217).

Dentre essas práticas, a Manobra de Kristeller pode ser considerado um dos processos mais prejudiciais à mulher, já que para sua realização o médico pressiona a barriga da parturiente com seus braços e cotovelos fazendo força para que o bebê saia mais facilmente (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 103).

O fato consiste num flagrante desrespeito à integridade física e nos casos mais comuns pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões e além disso gera violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, entre outros (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 135).

Por isso, o Ministério da Saúde considera essa prática injustificável, prejudicial e que deveria ser eliminada para que não se torne rotineira (BRASIL, 2001, p. 188).

O uso da ocitocina sintética é outra prática que está sendo utilizada de maneira desenfreada e desnecessária em grande parte dos partos realizados em hospitais públicos e particulares. Segundo as autoras:

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, entretanto, o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, sem indicação correta, aplicada no soro da parturiente, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para a mulher e o neonato, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo (SAUAIA; SERRA, 2016, p. 136).

Conforme visto, muitas das práticas são utilizadas somente para economizar tempo do profissional, que não presta seu serviço visando o bem da parturiente, que deveria ser a protagonista daquele momento.

### **3.3.2 Caráter psicológico**

É qualquer ação que tenha como resultado o constrangimento, medo, insegurança da mulher que podem ocorrer por meio de ameaças, mentiras, piadas, grosserias, podendo ser realizadas com o intuito de criar uma proximidade com a parturiente. Porém, essas “brincadeiras” podem trazer desconforto, e ao invés de quebrar a tensão, podem constranger a mulher naquele momento (MARTINS; BARROS, 2016, p. 217).

Dentre alguns comentários obtidos por meio de entrevista, a autora AGUIAR, cita que médicos proferiram a pacientes as seguintes frases “Na hora de fazer não chorou, está chorando agora por quê?”, “na hora de fazer não chamou a mamãe, agora chama, né?”, “ah, não chora não, ano que vem você está aqui de novo”, “se você ficar gritando o seu neném pode nascer surdo” (2013, p. 2292).

Sendo assim, esse tipo de humor com conotação sexual, pode ser constrangedor para algumas mulheres e provocar uma certa coação, e o que era para proporcionar uma proximidade entre médico e paciente, causa desconforto, visto a agressividade desses comentários.

### **3.3.3 Caráter sexual**

São ações que tem como violência, a intimidade, o pudor, o corpo da mulher, que envolvam a sexualidade e viole a integridade sexual e reprodutiva. São exemplos, os exames de toque invasivos, lavagem intestinal, a raspagem de pelos, o assédio, exames repetitivos nos mamilos sem necessidade e explicação, a episiotomia, entre outros (MARTINS; BARROS, 2016, p. 217).

As práticas podem ser também referentes ao controle da sexualidade da mulher, “através do abuso da posição de poder e confiança; como assédio sexual, flerte; “cantadas”, contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais; mutilação da vagina” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Outra prática que acontece nos hospitais é o “ponto do marido”, que é considerado violência obstétrica e uma prática machista, já que visa melhor satisfação para o marido. “Muitas vezes é realizado o “ponto do marido”, para deixar a vagina mais apertada e preservar o prazer masculino, o que, por sua vez, pode acarretar mais dor durante a relação sexual (para a mulher) e infecção” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 85).

## **3.4 Responsabilidade civil pelo dano à parturiente**

A violação de um dever jurídico, que tem como resultado dano a outrem configura ato ilícito, que gera o dever de repará-lo, ou seja, indenizar o prejuízo. Se insere então, a Responsabilidade Civil que é o dever de quem praticou o ato ilícito de reparar (CAVALIERI FILHO, 2014, p. 23).

De acordo com o Artigo 186 do Código Civil, “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (BRASIL, 2002). Sendo assim, surge a Responsabilidade Civil para reparar os danos.

A Responsabilidade Civil pode ser objetiva ou subjetiva, sendo a última devendo conter o pressuposto da culpa para sua caracterização.

Para Cavalieri Filho:

A responsabilidade subjetiva é assim chamada porque exige, ainda, o elemento culpa. A conduta culposa do agente erige-se, como assinalado, em pressuposto principal da obrigação de indenizar. Importa dizer que nem todo comportamento do agente será apto a gerar o dever de indenizar, mas somente aquele que estiver revestido de certas características previstas na ordem jurídica. A vítima de um dano só poderá pleitear ressarcimento de alguém se conseguir provar que esse alguém agiu com culpa; caso contrário, terá que conformar-se com a sua má sorte e sozinha suportar o prejuízo. Vem daí a observação: “a irresponsabilidade é a regra, a responsabilidade a exceção” (2014, p. 29).

A ação, elemento caracterizador para a ocorrência de uma responsabilidade de reparação, se dá por meio de uma conduta que causa um dano a outrem (CAVALIERI FILHO, 2014, p. 38), e no caso que está sendo estudado, se dá de forma que uma conduta do médico, enfermeiro, ou qualquer outro profissional naquela situação, pratica ato que causa dano a gestante ou ao bebê, que pode ser irreversível, ou pelo menos causar alguma sequela.

Há também a possibilidade de Responsabilidade Civil por omissão, na qual o profissional por meio de uma conduta negativa, ou seja a não prestação de serviço, falta de observância à paciente, causa dano (CAVALIERI FILHO, 2014, p. 38),

Vale ressaltar o posicionamento doutrinário de Cavalieri Filho:

Mas tem-se entendido que a omissão adquire relevância jurídica, e torna o omitente responsável, quando este tem o dever jurídico de agir, de praticar um ato para impedir o resultado, dever, esse, que pode advir da lei,

do negócio jurídico ou de uma conduta anterior do próprio omitente, criando o risco da ocorrência do resultado, devendo, por isso, agir para impedi-lo (2014, p. 38).

A Responsabilidade Civil do médico é subjetiva havendo o dever de indenizar quando no exercício da função, causarem dano a outrem se ocorrer negligência, imperícia ou imprudência, de acordo com os artigos 186, 927, *caput*, e 951 do Código Civil (BRASIL, 2002), *in verbis*:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho (BRASIL, 2002)

Além da Responsabilidade Civil presente no Código Civil, há também o entendimento do Código de Defesa do Consumidor que disciplina a respeito da responsabilidade contratual entre médico e paciente, seguindo na mesma linha do Código Civil, que visa a responsabilização do profissional mediante verificação de culpa:

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

[...]

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (BRASIL, 1990).

Cabe ao Poder Judiciário intervir e aplicar penas de cunho indenizatório e de responsabilidade civil pelo dano à parturiente, como pode ser analisado na decisão jurisprudencial que ocorreu no Tribunal de Justiça de Santa Catarina a seguir exposta:

CIVIL E CONSUMIDOR - OBRIGAÇÕES - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZATÓRIA - ERRO MÉDICO EM EPISIOTOMIA E CORREÇÃO DE FÍSTULA RETOVAGINAL - IMPROCEDÊNCIA EM 1º GRAU - 1. EPISIOTOMIA EM PARTO NORMAL - **PERFURAÇÃO DE INTESTINO GROSSO E FÍSTULA RETO-VAGINAL - IMPERÍCIA DEMONSTRADA -**

**ATO ILÍCITO CONFIGURADO - NEXO CAUSAL PRESENTE - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA - 2. DIAGNÓSTICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS INCORRETOS - PERÍCIA CONCLUSIVA - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA - 3. SOLIDARIEDADE PASSIVA DO HOSPITAL POR ATO DE PREPOSTO - ACOLHIMENTO - PROCEDÊNCIA DECRETADA - RECURSO PROVIDO. 1. Demonstrado que o médico perfurou a parte final do intestino grosso da autora durante episiotomia, com o aparecimento posterior de fístula no local do procedimento cirúrgico, procede a ação de responsabilidade civil por erro médico. 2. Imputa-se responsabilidade civil a médico que realiza procedimentos cirúrgicos ineficientes para debelar o mal da paciente. 3. Procede ação indenizatória proposta contra hospital, em face da responsabilidade solidária por ato de prepostos, quando estes são responsabilizados civilmente (BRASIL, 2014d).**

Na decisão analisada, é facilmente caracterizada a violência obstétrica sofrida pela parturiente, por procedimento realizado pelo médico que por imperícia perfurou o intestino grosso da gestante ao realizar uma episiotomia, caracterizando então o dever de indenizar e responder ação de responsabilidade civil pelo seu ato.

Visto esses apontamentos, verifica-se a necessidade de medidas de controle para a divulgação e impedimentos para essas condutas realizadas que violam os direitos das parturientes. Ao longo deste capítulo, vimos diversas condutas que caracterizam a violência obstétrica, e a possível reparação do dano pelas vias judiciais aplicando o Código Civil, porém, não há no ordenamento jurídico brasileiro uma lei que discipline sobre a violência obstétrica em âmbito federal.

## **4 A LEGISLAÇÃO VIGENTE E O AMPARO LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

No presente capítulo será discutido os problemas referentes ao reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, bem como será analisada a legislação sobre o tema na Argentina e Venezuela, pois referidos países da América Latina possuem legislação que tipifica e pune os agressores pelos atos violentos contra as gestantes.

Como no Brasil existe uma omissão a respeito da violência obstétrica no ordenamento jurídico, que não possui uma lei federal tratando do tema, o Brasil pode seguir o mesmo caminho da Argentina e Venezuela, visto a grande ocorrência desse tipo de violência nos hospitais públicos e privados no país.

Apesar da falta de uma lei federal, alguns estados possuem leis que tratam sobre a violência obstétrica, as quais serão analisadas neste capítulo, bem como, projetos de leis federais que atualmente estão em trâmite na Câmara.

### **4.1 Amparo legal da violência obstétrica em países da América do Sul**

Em países da América do Sul como Argentina e Venezuela é possível encontrar em seus ordenamentos jurídicos leis que regulamentam sobre a violência obstétrica. Por isso será realizada uma análise de cada uma delas.

#### **4.1.1 Argentina**

Na Argentina as legislações que tratam sobre a violência obstétrica são as Leis Nacionais nº 25.929 e 26.485.

A Lei Nacional nº 25.929 de 2004, denominada “Ley de Parto Humanizado”, é “destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo” (ARGENTINA, 2004).

Essa lei possui 8 artigos, destacando os mais importantes, que regulam sobre os direitos das mulheres em trabalho de parto (artículo 2), os direitos do recém-nascido (artículo 3), os direitos do pai, da mãe e do recém-nascido em situação de risco (artículo 4) e as penalidades a ser aplicadas aos responsáveis pelo descumprimento das normas desta lei (artículo 6), como podem ser vistas a seguir:

Artículo 2o.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3o.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.
- e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4o.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de



riesgo tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
- c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
- e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

(...)

Artículo 6o.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder (ARGENTINA, 2004a).

A lei nº 26.485 de 2009, denominada “Ley De Protección Integral A Las Mujeres” tem como objetivo “prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (ARGENTINA, 2009).

Essa lei possui 45 artigos, e trata sobre as diversas formas de violência contra a mulher, trazendo a definição de violência (artículo 4), os tipos de violencia, podendo ser física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial e simbólica (artículo 5) e em seu artículo 6, traz as modalidades de violencia, estando na alínea “e” o reconhecimento da violencia obstétrica.

ARTICULO 4º — Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución

forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;

b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos,

instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas

(...)

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (ARGENTINA, 2009b).

É importante destacar que um país como a Argentina possui duas leis que tratam sobre a violência obstétrica porque essa prática é uma realidade, ocorre grande parte da população, e há a necessidade de reconhecê-la e erradicá-la.

#### 4.1.2 Venezuela

Na Venezuela, a violência obstétrica foi conceituada e definida como delito através da “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, de 2007, que traz em seu artigo 1º o objetivo da lei:

Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica (VENEZUELA, 2007).

Ao conceituar a violência obstétrica, a lei trata em seu artigo 15, definindo a violência obstétrica como a violação do corpo da mulher e das suas vontades pelo profissional de saúde que realiza o parto desumanizado, com abuso de medicações, deixando de lado o processo natural (VENEZUELA, 2007).

Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007).

Diferentemente das leis argentinas, a lei venezuelana é mais precisa e tipifica os delitos, indicando a pena a ser aplicada para cada tipo de violência, seja ela física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial e institucional. Os artigos que tratam sobre as punições vão do artigo 39 a 60.

Além disso, nos dispositivos seguintes, do artigo 61 ao 63, tratam sobre indenizações decorrentes das práticas danosas, que geram uma responsabilidade civil de quem cometeu o delito com a obrigação de reparar esses danos.

Artículo 61. indemnización. Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización

habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima. Artículo 62. reparación. Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales en los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, lo cual serán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su reparación, se indemnizará su pérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes (VENEZUELA, 2007).

Sendo assim, é possível perceber que ambas as legislações estudadas visam proteger os direitos das mulheres em relação a qualquer tipo de violência sofrida durante o parto e são exemplos a serem seguidos, principalmente pelo Brasil.

#### **4.2 Legislação atual no Brasil sobre a violência obstétrica**

O Brasil, diferentemente dos citados países da América Latina, não possui uma legislação específica para a proibição e erradicação da violência obstétrica em seu ordenamento jurídico, porém, existem programas do ministério da saúde, para combater a violência obstétrica, bem como leis municipais e estaduais e um projeto de lei federal.

A primeira lei municipal a tratar sobre a violência é do município de Diadema, estado de São Paulo. A lei municipal 3.363/2013 possui 7 artigos, dos quais é apresentado o objetivo da lei (artigo 1), o conceito de violência obstétrica (artigo 2) e a caracterização de condutas consideradas violentas a gestante, podendo estas ser ofensas verbais ou físicas (artigo 3).

Em 2017, foi aprovado em Santa Catarina projeto de lei estadual sobre a violência obstétrica. A lei nº 17.097 de janeiro de 2017 possui a mesma redação da lei do município de Diadema/SP, e “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina” (SANTA CATARINA, 2017).

Além das leis mencionadas, há a Lei nº 11.108 de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (lei do SUS) “para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o

trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Art. 19-J\_ Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

Como já foi visto nos capítulos anteriores, a proibição da presença de um acompanhante no momento do parto é uma violação dos direitos da gestante, e é considerado violência obstétrica conforme Artigo 3º presentes nas leis nº 3.363/2013 e 17.097/2017, citadas anteriormente:

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

[...]

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto (BRASIL, 2013).

A presença de um acompanhante de confiança da mulher tem grande relevância no momento do parto, visto que a mulher está passando por um momento difícil e diferente, por isso a presença de uma pessoa de confiança é essencial (BRASIL, 2001, p. 31).

#### **4.3 Descumprimento da legislação atual e medidas a serem tomadas**

O direito a saúde é assegurado na Constituição Federal, sendo dever do Estado garanti-la, e possui uma sessão exclusiva tratando deste direito, do Artigo 196 a 200:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Caso esse direito seja violado, cabe ao Poder Público apurá-lo para que a haja a defesa desse, como pode ser visto no Artigo 5º da Constituição Federal:

XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

- a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
- b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal (BRASIL, 1988).

A mulher que teve seu direito violado pode procurar os órgãos responsáveis por apurar os casos de violência obstétrica e denunciar no próprio hospital ou local que foi atendida e que sofreu a violência (SANTA CATARINA, 2017).

Outra alternativa é acionar o Conselho Regional de Medicina ou o Conselho de Enfermagem registrando reclamação contra quem a atendeu. A reclamação será apurada por meio de sindicância instaurada para avaliar a conduta do profissional que será julgado conforme o Código de Processo Ético-Profissional do Conselho Federal de Medicina, sendo aplicável a Lei 3.268/57.

A conduta lesiva do médico enseja na responsabilização do profissional perante o Código de Ética, analisando se houve culpa, visto que o médico é proibido de desrespeitar as vontades da gestante e negar assistência e informações relativas a procedimentos realizados.

Deste modo, o processo pode ser arquivado ou o prosseguimento do processo ético-profissional (SANTA CATARINA, 2017).

Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal (BRASIL, 1957).

De outra forma, se a vítima de violência obstétrica sofreu algum tipo de crime, como lesão corporal ou que tenha como resultado morte, a competência é do

Ministério Público Estadual, que deverá instaurar inquérito para responsabilizar quem cometeu o crime.

Ao procurar o Ministério Público, a finalidade da denúncia se torna uma causa com retorno a toda a sociedade, não só ao respectivo caso, pois é uma medida que impulsiona a fiscalização e medidas preventivas.

É claro que ao sofrer violência obstétrica, qualquer medida a ser tomada não tira a dor sofrida, porém de alguma forma deve haver a responsabilização do agressor. Ao seu direito violado, há a possibilidade de a vítima procurar as vias judiciais caso deseje propor ação judicial de reparação por danos morais e/ou materiais, procurando um advogado ou a Defensoria Pública.

Em novembro de 2013, a Defensoria Pública distribuiu cartilha informando sobre a violência obstétrica e expondo como denunciar, bastando a mulher ter seu prontuário de atendimento do hospital em mãos e entrar em contato com o número 180, da central de atendimento à mulher (SANTA CATARINA, 2017).

#### **4.4 A necessidade de uma lei em âmbito federal**

Apesar de programas e tentativas de implementar o parto humanizado nos hospitais brasileiros há ainda certa resistência e descumprimento das normas já estabelecidas, como a do acompanhante, que já mencionado anteriormente.

No entanto, há em trâmite na Câmara três projetos de lei que tratam sobre a violência obstétrica conceituando-a e atribuindo punições, são eles: PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano; PL 7867/17, da deputada Jô Moraes; e 7633/14, do deputado Jean Wyllys.

O projeto de lei nº 8219/17, do deputado Francisco Floriano “Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”.

O projeto possui 4 artigos, e de início traz o conceito de violência obstétrica: “A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia” (Artigo 2º).

Em seguida, a lei trata sobre a caracterização das práticas violentas:

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;

VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa (BRASIL, 2017e)

Importante destacar, que diferentemente dos outros projetos de lei que estão sendo estudados neste capítulo, no PL 8219/17 há a atribuição de uma pena específica caso haja o descumprimento dos dispositivos, como pode ser visto no artigo já mencionado e no seguinte que trata sobre o uso desnecessário da episiotomia, aplicando pena de detenção de um a dois anos e multa:

Art. 4º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa (BRASIL, 2017e).

O projeto de lei da deputada Jô Moraes, nº 7867 de 2017 possui 7 artigos, e “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”.



De início, a lei trata dos objetivos, bem como a obrigação da elaboração de um plano de parto, e por seguinte cita as formas de violência obstétrica pela ofensa verbal e física.

Por fim, traz a sanção pelo descumprimento dos dispositivos desta lei “Art. 6º. O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil” (BRASIL, 2017f).

O projeto de lei nº 7633 de 2014 que está a mais tempo em trâmite na Câmara dos Deputados, proposto pelo Deputado Jean Wyllys possui 31 artigos, e foi estruturado em quatro títulos, sendo eles: Título I - Das diretrizes e dos princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério; Título II - Da erradicação da violência obstétrica; Título III – Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas; e Título IV – Disposições Gerais.

A princípio, o projeto de lei trata em seus artigos iniciais sobre a assistência ao parto humanizado, dos direitos da gestante e a elaboração de um Plano Individual de Parto, bem como vedações de certas práticas da equipe profissional em relação ao parto.

No artigo 13 traz o conceito de violência obstétrica, e por seguinte, no artigo 14 trata sobre o que é considerado ofensa verbal e física, do inciso I a XXII e encerrando o Título I, traz os direitos do recém-nascido, no artigo 16.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014g).

No Título II, é abordado as formas de erradicação da violência obstétrica, trazendo medidas a serem tomadas quando houver a violação do direito, como pode ser visto no artigo 17, e nos artigos seguintes tratam sobre a necessidades de disseminação de informações a respeito da violência obstétrica.

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos (BRASIL, 2014g).

Por fim, no Título III estabelece um índice a ser respeitado para controlar a prática desenfreada da cesárea, tratando que os índices de cesárea não podem ultrapassar os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, cuja fiscalização, ficará a cargo das Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, que irá “realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país” (artigo 26, § 1º).

Conclui-se que os projetos de lei apresentados têm como objetivo trazer à tona que a violência obstétrica é uma questão importante, que deve ser reconhecida e erradicada. Esses projetos de lei conceituaram, definiram e apesar de maneiras diferentes, impuseram medidas para a responsabilização dos profissionais que praticaram esses atos contra gestantes colocando vidas em risco.

Apesar da falta de leis específicas, existe uma política brasileira para o combate à violência obstétrica, e o Ministério da Saúde possui programas que trazem à tona a importância de políticas públicas para o combate a esse problema, porém, na maioria das vezes isso não é suficiente para erradicá-lo, por isso a necessidade de uma lei federal para reconhecer a violência obstétrica como um problema a ser solucionado e buscar a justiça para essas mulheres que tiveram seus direitos violados.

## 5 CONCLUSÃO

Como verificado no presente estudo, a violência contra a mulher continua ocorrendo nos dias atuais, sendo ela praticada de várias formas como a psicológica e a física, e dentre estas, a violência obstétrica, que é o tema desta monografia, que é uma prática muito comum nos hospitais brasileiros, sejam eles públicos ou privados, atingindo todas as classes.

Este tipo de violência é dificilmente identificado pela mulher e seus familiares, visto que é uma violência silenciosa e institucional. O problema de identificação se dá pelo fato de as práticas estarem mascaradas em forma de procedimentos rotineiros realizados pela equipe médica e de enfermagem.

Ao ser identificada a violência pela gestante, há outro problema, que é a falta de informação fornecida à mulher sobre quais medidas tomar ao ter seu direito violado. Foi visto que a mulher pode procurar a própria administração do hospital em que foi atendida, informar ao Poder Público o ocorrido e se desejar, procurar um advogado ou a Defensoria Pública para buscar a responsabilização do profissional, porém estas informações não estão ao alcance de grande parte da população.

É importante destacar que o tipo de reparação pelas vias judiciais visa reparar o dano por meio de indenização à mulher que teve seu direito violado, entretanto, uma quantia em dinheiro não ameniza a dor que esta mulher sofreu. Além disso, ao experimentar esse tipo de violência é comprovado que muitas mulheres ficam traumatizadas, adquirindo certo medo de passar por isso novamente.

Segundo pesquisas da Fundação Perseu Abramo<sup>2</sup>, 25% das mulheres já sofreram violência obstétrica. Esse tipo de violência pode ser caracterizado pela forma física, verbal, psicológica ou sexual. Dentre as práticas, a cesárea é a mais comum, que é um procedimento muitas vezes necessário e essencial para que o parto ocorra bem e salve a vida do nascituro, porém, estudos mostram que a cesárea muitas vezes é utilizada de forma desnecessária, visando a celeridade do parto.

---

<sup>2</sup> <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

Outra prática que é realizada visando a economia de tempo desprendido pelo profissional, é o uso da ocitocina para acelerar a dilatação da gestante que pode causar vários danos ao nascituro.

O parto humanizado é o parto realizado sem o uso de procedimentos desnecessários, onde é preservada a vontade da mulher, que escolhe como seu parto será feito e não passa por nenhum constrangimento, sendo a protagonista naquele momento.

Um dos grandes problemas ao combater a violência obstétrica, se dá pelo fato de ela não ser considerada um crime no ordenamento brasileiro. A falta de uma tipificação legal, que puna os agressores e informem as mulheres, dá causa a uma prática desenfreada de procedimentos desnecessários e violentos.

Ao tratar sobre mecanismos de defesa às gestantes, países como a Argentina e Venezuela possuem legislação específica sobre o tema, reconhecendo a violência obstétrica, conceituando-a e tipificando-a. Neste sentido, o Brasil possui projetos de lei em trâmite na Câmara dos Deputados que tratam sobre a violência obstétrica, e caso esses projetos sejam aprovados, haverá grande repercussão e visibilidade para este assunto, levando a devida informação à população.

A mulher vem sofrendo todos os tipos de violência desde sempre, e por isso é tão importante que esse tema seja debatido. Toda gestante merece a devida informação em todas as etapas da gestação e do parto, além da preservação de suas vontades, de um parto humanizado e que seja garantido seu direito à dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estímulo ao Parto Normal** - Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 2015. <Disponível em: [www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto\\_Adequado\\_final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2017.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers**. Cad. Saúde Pública, vol.29, n.11, 2013, pp.2287-2296. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>>. Acesso em 14 jul. 2017.

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em 14 de jul. 2017.

ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago./dez. 2016. Disponível em <[http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/download/2755/pdf\\_562](http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/download/2755/pdf_562)>. Acesso em 17 jul. 2017.

ARGENTINA. Lei n. 25.929. **Lei de Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004**. Disponível em: <[https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)> Acesso em 16 set. 2017a.

\_\_\_\_\_. Lei n 26.485. **Ley de protección integral a las mujeres, de 1º de abril de 2009**. Disponível em: <[https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)>. Acesso em 16 set. 2017b.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 217 p.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 19ª Edição, São Paulo: Editora Malheiros, 2006, 563 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988...1988/CON1988.pdf>>. Acesso em 04 de jun. de 2017.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n. 7633/2014g**. Disponível em: <[www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546)>. Acesso em 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n. 7867/2017f**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>. Acesso em: 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n. 8219/17e**. Disponível em: <[www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:camara.deputados:projeto.lei;pl:2017-08-09;8219](http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:camara.deputados:projeto.lei;pl:2017-08-09;8219)>. Acesso em 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Código Civil, **Lei 10.406**, de 10 de janeiro de 2002c. 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%202%20ed.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 de set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº. 3.363, de 1º de outubro de 2013**. Disponível em: <[http://www.cmdiadem.sp.gov.br/leis\\_integra.php?chave=336313](http://www.cmdiadem.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=336313)>. Acesso em 5 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3268.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.html)> Acesso em: 05 de set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.html)>. Acesso em: 05 de set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108**, de 7 de setembro de 2005. Lei do Acompanhante. Brasília, DF. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.html)>. Acesso em 21 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-17097-2017-santa-catarina-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-e-protecao-a-gestante-/parturiente-contra-a-violencia-obstetrica-no-estado-de-santa-catarina>>. Acesso em 14 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS**; v. 4. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 465 p. Disponível em: <[www.redehumanizasus.net/sites/.../caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/.../caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, maio a outubro de 2012**. Brasília, DF, em <[https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio\\_pre\\_semensal\\_r ede\\_ cegonha\\_ouvidoria-sus\\_que-deu-a-notc3adcia-de-64-por- cento-sem- acompanhantes.pdf](https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semensal_r ede_ cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-notc3adcia-de-64-por- cento-sem- acompanhantes.pdf)>. Acesso em 15 de agosto, 2017.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde – OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014c. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em 30 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. PORTARIA MS/GM Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de outubro de 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Portaria-2068\\_2016.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Portaria-2068_2016.pdf)>. Acesso em: 05 de ago. 2017.

\_\_\_\_\_. PORTARIA nº569/GM de 01 de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 12 de ago. 2017.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 1.016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993. Normas Básicas Para Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 DE AGOSTO DE 1993 Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=524](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=524)> Acesso em 12 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação Cível n. 2013.053965-9, de Criciúma, rel. Des. Monteiro Rocha, Julgado em 13-11-2014d. Disponível em

<[http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/buscaForm.do#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/buscaForm.do#resultado_ancora)>. Acesso em 25 ago. 2017.

CAPLAN, Gerard. **An approach to community mental health**. Editora Grune & Stratton, 1961, 262 p.

CARVALHO, V.F.; KERBER, N.P.C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B.G.; RODRIGUES, E.F.; AZAMBUJA, E.P. **Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal**. Rev Esc Enferm USP, 2012. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em 30 ago. 2017.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005, vol.13, n.6, pp.960-967. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 jul. 2017.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CERES. **Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

CERQUEIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, E. S. S. **Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto**. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná- COREN PR. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/artigos/artigojuliana.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

COELHO, M. R. S. **Atenção Básica à Saúde da Mulher: subsídios para a elaboração do Manual do Gestor Municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia. 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10915/1/555555555555.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2017.

COREN. **Parto natural e parto normal: quais as diferenças? Revista Enfermagem**. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em: <[http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_julho\\_2009\\_0.pdf](http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf)>. Acesso em 24 ago. 2017.

COSTA, M.C.G. **Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado. [dissertação]**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../MariaCristinaGuimaraesdaCosta.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde.../MariaCristinaGuimaraesdaCosta.pdf)>. Acesso em 22 jul. 2017.



DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M.; PEREIRA, A.P.E.; FONSECA, S.C.; GAMA, S.G.N.; FILHA, M.M.T. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** Ciência Saúde Coletiva. 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017)>. Acesso em 27 ago. 2017.

DINIZ, C.S.G.; Chacham, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** / Questões de Saúde Reprodutiva 2006;1(1):80-91. Disponível em: <[http://www.academia.edu/21044412/O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_ces%C3%A1reas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_S%C3%A3o\\_Paulo](http://www.academia.edu/21044412/O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_ces%C3%A1reas_e_episiotomias_em_S%C3%A3o_Paulo)>. Acesso em 24 ago. 2017.

\_\_\_\_\_, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627- 637, Sept. 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em 21 ago. 2017.

\_\_\_\_\_, C.S.G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também).** Editora UNESP, 2004. 179p.

\_\_\_\_\_, Carmen Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. **Violência Obstétrica Como Questão Para A Saúde Pública No Brasil: Origens, Definições, Tipologia, Impactos Sobre A Saúde Materna, E Propostas Para Sua Prevenção.** Journal of Human Growth and Development. 2015. P. 377-376. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019)>. Acesso em 05 set. 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A Experiência de maternidade Leila Diniz.** Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006)>. Acesso em 05 set. 2017.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. **A operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Abr./Jun. 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003)>. Acesso em 05 set. 2017.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; GUIMARÃES, E. Marques. **Dicionário Brasileiro Globo.** 47a Ed, São Paulo: Editora Globo: 1997.

GONCALVES, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo**. Revista brasileira de enfermagem. Brasília, v.61, n.3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 05 ago. 2017.

GRANGEIRO, G. R. et al. **Atenção Pré-Natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores do processo Sisprenatal**. Rev Esc Enferm USP. Fortaleza, v.42, n.01, 2008. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 14 jul. 2017.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 125-133.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em set. 2017.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Altas, 2008.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. **Parirás com dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras**. Rev. dor, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, Sept. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=en&nrm=iso&accesson](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=en&nrm=iso&accesson)> Acesso em: 19 set. 2017.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. (Et al.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. xviii, 894 p.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2011, 377 p.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 10 no.3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>> Acesso em 21 ago. 2017.

OLIVEIRA, G. C; CAMPOS, C. H. **Saúde Reprodutiva das mulheres – Direitos, desafios e políticas públicas**, Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009, 122 p.

OSIS, M. J. D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E. de A.; MARTINS, C.P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado.** Rev Tempus Actas Saúde Col, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>>. Acesso em 13 ago. 2017.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. **Episiotomia: em foco a visão das mulheres.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007. Disponível em: <<https://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-19672>>. Acesso em 5 ago. 2017.

RIO DE JANEIRO. BRASIL. **Alojamento Conjunto O cuidado à mãe e ao bebê.** 2015. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225907.pdf/parte3.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

SANTA CATARINA. Brasil. Ministério Público (Org.). **Combate à Violência Obstétrica.** 2017. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/campanhas/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 26 set. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** 12ª Edição, Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015, 512 p.

SARMENTO, Daniel. **Direitos Fundamentais e Relações Privadas.** 2ª Edição, Rio de Janeiro : Editora Lumen Juris, 2006, p. 12-13.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibebe de Mesquita. **Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco.** Revista de Direitos Humanos e Efetividade | e-ISSN: 2526-0022| Brasília | v. 2 | n. 1 | p. 128 - 147 | Jan/Jun. 2016. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0ii48h0/.../X0QCy29hM8mb67P2.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2017.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004. Disponível em:

<<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/44435/1/S1519-38292004000300007.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2017.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015, 63 p. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Cartilha-Direitos-Humanos-das-Mulheres-na-Gravidez-e-no-Parto.pdf>>. Acesso em 2 ago. 2017.

SPALLICCI, Maria Delizete Bentivegna; COSTA, Maria Teresa Zulini da; MELLEIRO, Marta Maria. **Gravidez & nascimento**. São Paulo: EDUSP, 2002. 241 p.

UNGERER, Regina L. S., MIRANDA, Ana T. C. de. **História do alojamento conjunto**. Jornal de Pediatria - Vol. 75, Nº1, 1999. Disponível em: <[www.jped.com.br/conteudo/99-75-01-05/port.pdf](http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-01-05/port.pdf)>. Acesso em 2 ago. 2017.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia**. Disponível em <[http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf)>. Acesso em 22 ago. 2017.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil /Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil**, 2004. 91p. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/conheca-os-riscos-de-uma-cesariana-desnecessaria>>. Acesso em 12 ago. 2017.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Pulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em 25 ago. 2017.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Direitos Humanos: Novas Dimensões e Novas Fundamentações. Direito em Debate**. Nº 16/17, jan/jun, 2002. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/viewFile/768/490%3E>>. Acesso em 17 jul. 2017.